

Verordnungssicherheit im Alltag

Wo liegen die Fallstricke? – Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

von **Martina Levartz***

Mehr als 100 Teilnehmer trafen sich kürzlich in Düsseldorf zur Fortbildungsveranstaltung „Verordnungssicherheit im Alltag – wo liegen die Fallstricke?“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), einer gemeinsamen Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo). Ziel der Veranstaltung war es, Ärztinnen und Ärzte für mögliche Gefahrenbereiche bei der medikamentösen Behandlung insbesondere älterer Patienten zu sensibilisieren.

Sicherheit neu zugelassener Medikamente

Die Erfahrungen aus zulassungsrelevanten klinischen Studien zur Sicherheit der Arzneimittel bei Neuzulassung von Medikamenten sind begrenzt. Sie werden mit nur wenigen Probanden/Patienten und nur wenige Wochen durchgeführt. Neue Arzneimittel bergen somit Risiken, die zum Zeitpunkt der Zulassung nicht bekannt sind, weil sie erst im Laufe der Anwendung bei einer großen Patientenzahl auftreten.

Die Bereitschaft, rasch neue Arzneimittel zu verordnen, setzt unter Umständen Millionen Menschen unvermeidlich und ohne zwingenden Grund wenig erprobten Arzneimitteln aus, die ihnen eventuell keinerlei Vorteil bringen, so der nordrheinische KV-Vorsitzende Leonhard Hansen. Gezieltes Pharmamarketing führe außerdem dazu, dass

über 50 Prozent der medizinischen Aussagen in Werbeprospekten sich nicht durch publizierte wissenschaftliche Untersuchungen belegen lassen. Viele negative Untersuchungsergebnisse sind nach Hansens Worten nicht öffentlich zugänglich, ein Register aller durchgeführten Studien fehlt.

Der genauen Beobachtung und dem kritischen Einsatz bereits in Anwendung befindlicher Arzneimittel kommt vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Meldung beobachteter unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW).

Arzneimitteltherapie – ein Hochrisikoprozess

Schäden durch inadäquate Arzneimitteltherapie haben vielfältige Ursachen. Oft führt eine ganze Fehlerkette zum unerwünschten Ereignis. Dabei sind Systemdefizite teilweise relevanter als individuelles Versagen des Arztes, zum Beispiel wenn ordnungsrelevante Informationen zum Arzneimittel fehlen oder beim Ordnungsprozess nicht verfügbar sind.

Entscheidungen zur Arzneimitteltherapie setzen neben dem pharmakologischen Wissen die Kenntnis patientenspezifischer Faktoren (Laborwerte, Allergien, weitere Verordnungen anderer Ärzte, Eigenmedikation des Patienten) voraus, so Professor Dr. Daniel Grandt. Er ist Chefarzt der Klinik für Innere Medizin in Saarbrücken und Mitglied



Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein: „Neue Arzneimittel sollten mit Bedacht gewählt werden.“
Foto: KVNo

des Vorstands der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.

Wichtige Ursachen für Medikationsfehler sind (in abnehmender Häufigkeit):

- ▶ Dosierungsfehler, davon wiederum am häufigsten Fehler durch Nichtbeachten einer eingeschränkten Nierenfunktion
- ▶ Fehlende Beachtung von Kontraindikationen
- ▶ Fehlende Beachtung von Interaktionen, davon am häufigsten dosisabhängige Interaktionen
- ▶ Übersehen von bestehenden Allergien

Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie muss zum Zeitpunkt der Verordnung durch den Arzt erfolgen. Computergestützte Ordnungssysteme können helfen, notwendige Informationen (Interaktionen, Kontraindikationen, Abgleich mit den Laborwerten des Patienten) besser verfügbar zu machen und so den Arzt in seiner Entscheidung bereits zum Verordnungszeitpunkt zu unterstützen.

Kritische Überprüfung des eigenen Verhaltens

Schon das regelmäßige kritische Überprüfen des eigenen Ordnungsverhaltens kann nach den Worten von Professor Grandt zu sofortigen Verbesserungen der Arzneimittelsicherheit im Praxisalltag führen. Das gelte insbesondere bei Patienten mit mehr als drei Medikamenten und

Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW)

§ 6 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte:
„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen.“

* Dr. med. Martina Levartz ist Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)



Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein: „Medikamentenverordnungen im Praxisalltag müssen immer wieder überdacht werden,

auch bei Dauermedikationen.“

Foto: Altengarten/ÄkNo

einem Alter von über 65 Jahren. Hilfreich seien die Nutzung industriunabhängiger Arzneimittelinformationen, die besondere Beachtung nierenfunktionsabhängiger Medikamente sowie das Führen eines vollständigen Medikamentenplans durch den Patienten.

Verordnung in der hausärztlichen Praxis

Die zunehmende Multimorbidität alter Patienten erfordert vielfach eine Behandlung mit mehreren verschiedenen Wirkstoffen. Ältere und multimorbide Patienten sind somit oft „pharmakologischer Risikopatienten“.

60- bis 79-jährige Patienten nehmen durchschnittlich mindestens drei, über 79-jährige Patienten fünf Medikamente ein (*Aqua-Institutes 2006*).

Die Polypharmakotherapie erhöht das Risiko von Arzneimittelwechselwirkungen, der Patient bedarf einer besonderen und engmaschigen Kontrolle durch den Arzt. Medikationsfehler entstehen oft unter Zeitdruck bei vollen Praxen. Hier sind insbesondere alte, multimorbide Patienten gefährdet.

Wichtig ist es, so Dr. Hans Harjung, hausärztlicher Internist aus Griesheim, bei jeder Verordnung – auch bei Dauermedikationen – nochmals gezielt die Frage der Notwendigkeit, der Verträglichkeit und möglicher Interaktionen zu bedenken. Für die Verordnung sollte der Arzt Zeit und Geduld für Erklärungen einplanen, übersichtliche, einfache und gut lesbare Einnahmepläne für den Patienten erstellen und dabei gegebenenfalls auch Bezugspersonen einbeziehen.

Dass eigene Verordnungswege im Praxisalltag immer wieder über-

dacht werden müssen unterstricht Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein. Bei der Abwägung der Medikamentenwirkung und möglicher Nebenwirkungen solle der Arzt den Patienten sorgfältig aufklären und, soweit möglich und sinnvoll, in die Entscheidung mit einbeziehen.

Zur Förderung der Compliance sind, wenn möglich, Einmaldosierungen besser als Mehrfachdosierungen, morgendliche Medikation ist besser als abendliche Einnahme.

Nach Untersuchungen von *Bergmann et al (1981)* beträgt die Compliance bei ein bis drei Medikamenten bei 65-jährigen 69 Prozent, bei vier bis neun Medikamenten nur noch 32 Prozent.

Engmaschig zu kontrollierende Substanzen

Gefährdungen entstehen bei alten Patienten insbesondere durch die eingeschränkte Nierenfunktion und reduziertes Körpergewicht, so Professor Dr. Petra Thürmann, Direktorin des Instituts für klinische Pharmakologie am Helios Klinikum Wuppertal. So führen zum Beispiel bei der Digitalisierung die nicht bedachte eingeschränkte Nierenfunktion und das oft niedrige Gewicht zur Überdosierung mit Gefährdung des Patienten, insbesondere bei älteren Frauen.

Nach einer aktuellen Untersuchung (*Schmiedl et al. 2007*) waren 90 Prozent der Digitalis-assozierten UAW gewichtsbezogen überdosiert, bei 73 Prozent der Patienten lagen die Serumspiegel oberhalb des therapeutischen Bereichs.

Auch Phenprocoumon und manche Antibiotika müssen gewichtsbezogen dosiert werden.

Bei der Gabe von Benzodiazepinen muss beachtet werden, dass ältere Menschen oft empfindlicher auf diese Substanzen reagieren und es zu Verwirrtheit, starker Sedierung mit Sturzgefahr sowie Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten kommen kann.

Die Anwendung von Diuretika ist bei alten Menschen ebenfalls engmaschiger zu kontrollieren. Der Körper-Wassergehalt bei alten Patienten sowie das Durstgefühl sind reduziert, so dass es zu einer verstärkten Dehydratation nach Diuretika-Einnahme kommt.

Aufgrund der veränderten Pharmakogenetik und Dynamik gelten in den USA einige Medikamente als „inadäquat für ältere Patienten“ („Beers-Liste“). Eine vergleichbare Liste wird für Deutschland derzeit erarbeitet.

Medikamentöse Versorgung im Altenheim

56 Prozent der Heimbewohner erhalten mehr als sechs Verordnungen pro Tag (*Hanke et al. 2006*). Häufig kommt es nach dieser Untersuchung zu UAW mit Gefährdung des Patienten und Krankenseinweisung. Fehlerursachen waren danach

- in 47 Prozent die Dosierung,
- in 13 Prozent das Monitoring,
- in 8 Prozent Anwendungsfehler,
- in 24 Prozent eine problematische Arzneimittelwahl und
- in 8 Prozent nicht beachtete Kontraindikationen.

Insbesondere das Monitoring der verordneten Arzneimitteltherapie bereitet bei Patienten in Altenheimen Schwierigkeiten. Menschen in Altenheimen haben daher nach Professor Thürmann ein erhöhtes Risiko für Arzneimittelprobleme und UAW, insbesondere bei der Gabe von Neuroleptika und Antidepressiva.

Die Meldequote der unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) in Deutschland ist sehr gering. Gründe für die geringe Meldehäufigkeit sind unter anderem:

- eine vom behandelnden Arzt als zu unsicher eingeschätzte Kausalität
- die Annahme, dass die beobachtete UAW bereits bekannt oder zu „banal“ sei
- die fehlende Kenntnis über das genaue Meldeverfahren

Zum Thema der Meldung von UAW hat das IQN in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein Infoblatt erstellt, das alle wichtigen Informationen zum Thema: „Was melde ich wann, wie, wem“ enthält.

Das Infoblatt können Sie auf der Homepage des IQN (www.iqn.de) herunterladen oder anfordern beim IQN, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Fax: 0211/4302-18571 oder per E-Mail unter: iqn@aekno.de